

認定輸血検査技師制度指定施設申請書

認定輸血検査技師制度
施設選定委員会委員長 殿

このたび、認定輸血検査技師制度指定施設として認定を受けたく、申請いたします。

申請施設	名称	(施設名)	(連絡先部署名)
		住所 TEL FAX	〒
勤務輸血認定医または認定輸血検査技師名および認定番号(所属者全員)			
輸血検査医学に関する教育指導体制			
修得しうる輸血業務内容			
研修に関する要員, 設備, 機器, 図書など			
年間赤血球(全血, 自己血を含む)製剤使用量*		単位(内訳)	
輸血療法委員会またはそれに相当する組織の有無及び活動状況*			
輸血部(室)門における輸血検査および製剤保管管理状況*			
研修生受け入れ時の条件			

(必要に応じ資料を添付下さい)

* 血液センターにおいては、記入不要。

平成 年 月 日

施設長名 印
認定医名 印
認定技師名 印